

La vaccination contre l'influenza : on pique ou on pique pas ?

On estime que l'infection à l'influenza est responsable annuellement de plus de 35 000 morts et de 225 000 hospitalisations aux États-Unis. Au Canada l'impact serait similaire toute proportion gardée.

On sait maintenant qu'une proportion significative des létalités secondaires à l'influenza est de causes cardiaques. D'ailleurs certains auteurs ont noté une hausse de mortalité d'origine cardiaque lorsque des épidémies d'influenza faisaient rage. Par ailleurs, une hausse significative d'infarctus du myocarde a aussi été associée aux épisodes d'épidémies d'influenza en Russie. Il est donc de plus en plus clair qu'il existe une association forte entre la mortalité et morbidité cardiovasculaire et l'infection à influenza.

Heureusement, on sait que la vaccination est efficace. Plusieurs études de cohorte ont souligné les bénéfices de la vaccination sur l'infarctus du myocarde (réduction de près de 70 %), sur le nombre d'hospitalisation pour cause cardiaque (réduction de près de 20 %) et sur la maladie cérébrovasculaire (réduction de 23 %). L'étude FLUVACS (Vaccination in Acute Coronary Syndrome study) a évalué de façon prospective l'impact de la vaccination chez des patients ayant présenté un syndrome coronarien aigu. Dans cette étude, la mortalité cardiovasculaire a été réduite de 75 % (2 % vs 8 % p = 0,01), de même que la variable composée : mortalité cardiaque, IM non fatal ou ischémie sévère (11 % vs 23 %, p = 0,009) qui a été réduite de presque 50 %.

Plus particulièrement, les patients présentant une insuffisance cardiaque représentent une population à haut risque de complication des suites de l'infection à influenza. Des études ont aussi démontré une association entre les épidémies d'influenza et une hausse des hospitalisations. Les patients transplantés cardiaques sont aussi des candidats à la vaccination et des études ont démontré la sécurité d'une telle approche.

La vaccination contre l'influenza a donc été élevée dans les dernières recommandations au même rang que le contrôle du cholestérol, de la tension artérielle ou des autres interventions de prévention secondaire. Toutefois, on sait de par plusieurs études qu'un nombre significatif de patients pouvant bénéficier de la vaccination ne la reçoivent pas. Tout compte fait, la vaccination contre l'influenza on le sait maintenant : on pique!

Denis Brouillette, pharmacien, D.Ph.
Institut de Cardiologie de Montréal
denis.brouillette@icm-mhi.org

Simon de Denus, pharmacien, M.Sc.
Professeur adjoint
Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal
simon.dedenus@icm-mhi.org

La thiamine en insuffisance cardiaque

La déficience en thiamine (vitamine B1) chez les insuffisants cardiaques a fait l'objet de plusieurs études. La prévalence de cette déficience serait de 21 à 98 %¹. Elle est nettement sous-évaluée cliniquement, même si elle peut être prévenue et facilement traitée.¹

En insuffisance cardiaque (IC), la déficience en thiamine est en outre causée par :

- une perte urinaire accrue (diurétiques)
- un apport nutritionnel insuffisant, particulièrement chez les personnes âgées
- un syndrome de malabsorption

Selon l'étude de Wooley¹ :

- les études portant sur la déficience en thiamine en IC comportent plusieurs limitations (petit échantillonnage, méthodologie)
- l'ajout d'une multi-vitamines maintient un niveau de thiamine adéquat chez les patients de classe 3-4 avec une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) < 50 % et sous traitement diurétiques
- et l'administration en prophylaxie : la prévalence de la déficience de thiamine, FEVG et améliore la qualité de vie.

Actuellement, les suppléments de vitamines ne font pas partie des recommandations dans le traitement de l'IC.² D'autres études sont requises pour établir les doses optimales, la durée du traitement et obtenir davantage de données cliniques.

Cependant, comme il s'agit d'une clientèle à risque de déficiences nutritionnelles, il est essentiel d'évaluer et de déterminer l'état nutritionnel de chaque patient afin de miser sur un état nutritionnel optimal. La malnutrition protéino-énergétique et la cachexie cardiaque pourront ainsi être évitées.

Joanne Larocque, Diététiste clinicienne,
Institut de Cardiologie de Montréal
joanne.larocque@icm-mhi.org

1. Wooley, J., Characteristics of Thiamin and its relevance to the Management of Heart Failure, Nutrition in Clinical Practice, volume 23, no 5, October 2008, 487-493.
2. Arnold JM et al. Canadian Cardiovascular Society consensus conference recommendations on heart failure 2006: diagnosis and management. Can J Cardiol 2006; 22(1):23-45.



Le bulletin d'information SQIC est tiré à 1 700 copies, trois fois par année. Les textes et illustrations ne peuvent être reproduits sans l'autorisation écrite de l'éditrice de la SQIC. Les opinions exprimées dans le bulletin d'information SQIC ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditrice ou de la SQIC. De plus, les produits et services dont il est fait mention dans le bulletin d'information ne sont ni approuvés, ni recommandés par la SQIC, sauf quand il en est fait mention formellement.

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
A/s D' Normand Racine
5 000, rue Bélanger Est
Bureau S-2410
Montréal (Québec)
H1T 1C8
Tél.: (514) 376-3330 #2216

Merci à nos membres partenaires pour leur don sans restriction à l'ÉMC.



Le Chroni cœur

BULLETIN OFFICIEL
DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

automne 2008
Vol. 5 n°3



Mot du président

Élection d'un nouveau président



Chers collègues,

C'est avec plaisir que je souligne l'élection du D^r Serge Lepage en tant que notre futur président de la SQIC. Le docteur Lepage est cardiologue au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke. En plus d'être un clinicien d'expérience, il a acquis également une expertise en gestion et en recherche. Il est également membre du Réseau en Santé Cardiovasculaire du Québec. Le dynamisme et la vision du D^r Lepage sauront amener notre Société vers de nouveaux horizons. Tous les membres du Conseil d'administration et les membres de la SQIC lui souhaitent un franc succès dans ses nouvelles fonctions qui débiteront en janvier 2009.

Par ailleurs, le présent numéro nous permet, tout comme l'assemblée générale annuelle, de faire un bilan des activités de l'année qui se termine. Notre symposium, tenu les 26 et 27 septembre derniers au Centre de congrès de l'Hôtel Delta de Sherbrooke, nous a permis de présenter un excellent programme scientifique orienté vers les besoins de nos membres. Les excellents commentaires recueillis témoignent notamment de l'appréciation des participants pour la qualité des présentations, tout autant que du déroulement de ces deux journées de formation.

Un gros MERCI à tous les fidèles participants ainsi qu'à tous les présentateurs, partenaires, collaborateurs, comités qui ont fait le succès de ce cinquième symposium.

Tel qu'annoncé, notre assemblée générale annuelle a été tenue et nous avons profité de l'occasion pour présenter la nouvelle version du logiciel Vision C+ qui est maintenant disponible. Des échanges ont lieu avec les représentants du Ministère de la Santé et leur collaboration nous permettra d'assurer un soutien informatique et une application provinciale.

Comme toujours, nous vous invitons également à visiter notre site internet pour y découvrir les dernières mises à jour faites au cours de l'année.

Je profite de ce dernier mot à titre de président pour remercier mes collaborateurs de la première heure, les membres du conseil d'administration, tous les membres de la SQIC ainsi que nos différents partenaires.

Normand Racine, MD, FRCPC
Président de la SQIC
normand.racine@icm-mhi.org

Dans ce numéro

- > Mot du président
D^r Normand Racine, p. 1
- > Mot de la rédactrice en chef
D^r Anique Ducharme, p. 2
- > Le cas clinique
D^r Marie-Hélène Leblanc, p. 2
- > La valeur pronostique
d'un choc de défibrillateur
D^r Josée Michaud, p. 3
- > Et la famille, elle ?
Nathalie Nadon et Sonia Heppel,
infirmières, p. 3
- > La thiamine en insuffisance
cardiaque
Joanne Larocque, p. 4
- > La vaccination contre l'influenza :
on pique ou on ne pique pas ?
Simon de Denus et
Denis Brouillette, pharm., p. 4

PP 41123554

Un mot de la rédaction

par Anique Ducharme MD, MSc.
chroni-coeur@icm-mhi.org

Bienvenue à cette nouvelle édition du Chroni-cœur.

À la veille des fêtes vous y trouverez plusieurs informations utiles pour le suivi de vos patients. Nous n'avons malheureusement pas encore trouvé de recette miracle pour la tourtière sans gras trans avec apport réduit en sodium, ni de bûche chocolatée au beurre pour diabétiques, mais vous y apprendrez l'importance de la vaccination et du déficit en thiamine, grâce aux articles de messieurs de Denus et Brouillette et celui de M^{me} Laroque. De plus, nos infirmières soulignent

l'importance dans l'accompagnement des familles des patients insuffisants cardiaques.

Nous référons souvent nos patients avec insuffisance cardiaque par dysfonction systolique ayant par ailleurs une espérance de vie raisonnable pour implantation de défibrillateur en prévention primaire. Parfois la discussion est longue pour convaincre le patient de la nécessité d'une telle intervention. Ainsi, lorsque le premier choc

survient, nous sommes particulièrement fiers que «l'appareil ait sauvé la vie de notre patient!». Faut-il s'en réjouir? Certainement, tout décès prématuré évité constitue en soi une bonne nouvelle. Mais ensuite? D^r Michaud (interniste et résidente en cardiologie à l'ICM) discutera de la valeur pronostique d'un premier choc de défibrillateur et de l'attitude à avoir face à une telle situation. Pour terminer cette édition, notre cas clinique portera sur une situation relativement rare mais à laquelle il faut penser rapidement : la myocardite à cellules géantes.

En terminant, j'aimerais profiter de l'occasion pour vous offrir mes meilleurs vœux pour la période des fêtes 2008-09.

Bonne lecture!



Le cas clinique

Un patient de 40 ans est admis dans un centre hospitalier de première ligne pour palpitations, étourdissements et DRS. L'ECG à l'arrivée montrait une tachyarythmie ventriculaire à 180/min, autorésolutive mais à répétition.

On notait une légère augmentation des troponines et le reste des examens de labo était sans particularité. Ce patient s'entraînait régulièrement jusqu'à

une semaine avant son admission. Il n'a jamais été malade, n'a jamais fumé, ne consomme aucune drogue et n'a pas d'histoire de MCAS dans sa famille.

L'écho effectuée démontre une FE à 35-40 % avec une hypokinésie diffuse. Un diagnostic de cardiomyopathie ou de myocardite est évoqué et un traitement à base d'énalapril + bisoprolol est débuté. Après 48 heures, la médication a dû être cessée en raison d'hypotension à 70 mm Hg, symptomatique.

Le patient est transféré dans un second hôpital pour coronarographie, qui est normale, et la ventriculographie démontre une FEVG de 35 % avec hypokinésie antérolatérale. Le patient continue à présenter des arythmies ventriculaires, toujours autorésolutes. Une demande est faite en électrophysiologie pour évaluation.

Quatre jours plus tard, le patient est transféré d'urgence dans votre milieu en raison d'une détérioration marquée de son état, nécessitant un ballon intra-aortique, une voie centrale et un pacemaker temporaire. Il est en choc cardiogénique (TA systolique à 75 mmHg, pression capillaire bloquée à 26, TVC à 12 et un IC 1.8l/m²), sous amines et amiodarone. La diurèse est pauvre et la fonction hépatique commence à se détériorer. L'échographie réalisée à son arrivée démontre une FEVG à 10 %, une dysfonction VD sévère et une insuffisance mitrale 2-3/4. Une décision d'implanter un dispositif d'assistance ventriculaire est prise. La pathologie extemporanée d'une portion de l'apex VG révèle des cellules géantes.

Des immunosuppresseurs sont débutés en post-op immédiat (OKT3, cyclosporine et prednisone). La fonction bi-ventriculaire n'a toutefois pas récupéré et le patient sera greffé 2½ mois plus tard. Il se porte bien.

Les patients avec une myocardite à cellules géantes ont souvent une détérioration rapide de leur état avec une survie médiane de moins de 6 mois. Certains peuvent répondre à un régime immunosuppresseur agressif, mais beaucoup auront besoin d'une transplantation.

Marie-Hélène LeBlanc, MD, FACC
Cardiologue, Hôpital Laval
marie-helene.leblanc@med.ulaval.ca

La valeur pronostique d'un choc de défibrillateur

L'efficacité du défibrillateur implantable (CDI), en prévention primaire de la mort subite (MS) arythmique, a été établie par des études prospectives randomisées, chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection abaissée^{1,2}. Bien que les évidences soient plus probantes pour la cardiopathie ischémique que non ischémique, les défibrillateurs sont recommandés dans les deux cas^{3,4}.

Le pronostic des patients ayant reçu un CDI en prévention primaire recevant un premier choc, qu'il soit approprié ou non a été récemment publié dans le *England Journal of Medicine*⁵. Il s'agit d'une analyse de l'étude SCD-HeFT, incluant des patients avec FEVG < 35 %, de classe fonctionnelle NYHA II-III, dont la moitié avaient une cardiopathie non-ischémique. 829 patients ont reçu un CDI en prévention primaire, et après un suivi de 45 mois, ces patients ont eu une diminution de la mortalité toute cause de 25 % comparativement aux patients sous traitement médical optimal sans CDI, après 45 mois de suivi⁶.

À partir du moment où un patient recevait un choc approprié (Tachycardie/fibrillation ventriculaire) du défibrillateur, la mortalité toute cause était augmentée de près de 6 fois, 30 % de ces événements survenant à l'intérieur de 24 heures du choc : le choc était

donc un signe avant-coureur d'une mort imminente. En excluant ces sujets, la survenue d'un choc approprié demeurait associée à un risque augmenté de décès, par 3 fois. Si le patient recevait plus d'un choc approprié, son risque de décès doublait par rapport à ceux ayant reçu un seul choc. De façon inattendue, la survenue d'un choc inapproprié conférait également un mauvais pronostic, mais dans une moindre mesure. Ces résultats corroborent les données de l'étude MADIT II, portant sur des patients ischémiques⁶. D'ailleurs, dans SCD-HeFT, un choc approprié avec cardiopathie ischémique était un prédicteur beaucoup plus puissant d'évolution défavorable (HR 8.72) que pour les non-ischémiques (HR 2.61).

L'implication clinique de ces constatations est importante et suggère que la survenue d'un choc signale un changement significatif dans l'état clinique du patient, et n'est donc pas le fruit du hasard. Le patient doit donc consulter rapidement après l'événement. Un facteur technique de l'appareil peut être en cause (ex : bris de sonde), mais le clinicien doit évaluer son patient à la recherche d'une détérioration de la maladie de base, et la recherche de traitements alternatifs (transplantation, anévrysmectomie, ablation par cathéter, etc.). Ainsi, il faut s'assurer que tous les traitements susceptibles d'améliorer le pronostic sont en place⁷, puisque

le CDI est associé à une diminution de la mortalité subite arythmique, mais n'a pas d'effet (à moins d'être associé à une thérapie de resynchronisation) sur les décès par défaillance cardiaque progressive. Selon une analyse de qualité de vie avec défibrillateur, issue de SCD-HeFT et publiée dans le même numéro du NEJM⁸, cette survie allongée est considérée comme valant la peine par la plupart des patients.

Josée Michaud, MD, R5 cardiologie,
Institut de Cardiologie de Montréal

1. Bardy et al. Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *NEJM* 2005; 352 : 225-37.
2. Moss et al. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. *NEJM* 2002; 346 : 877-83.
3. Tang et al. Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society position paper on implantable cardioverter defibrillator use in Canada. *Can J Cardiol* 2005; 21, suppl. A : 11A-18A.
4. ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities. *JACC* 2008; 51 : e1-e58.
5. Poole et al. Prognostic importance of defibrillator shocks in patients with heart failure. *NEJM* 2008; 359 : 1009-17.
6. Moss et al. Long term clinical course of patients after termination of ventricular tachycardia by an implanted defibrillator. *Circulation* 2004; 110:3760-3765.
7. Healy et al. Life and Death after ICD implantation. *NEJM* 2008; 359 : 1058-1059.
8. Mark et al. Quality of life with defibrillator therapy or amiodarone in heart failure. *NEJM* 2008; 359 : 999-1008.

Et la famille, elle?

Il est évident pour tous que l'insuffisance cardiaque (IC) est une source d'anxiété majeure pour les patients. Mais qu'en est-il du vécu des proches et des familles? Les études sont claires et notre expérience ne ment pas, l'insuffisance cardiaque est à l'origine de multiples stress et souffrances pour la famille et les aidants naturels des patients atteints d'IC. La majorité des aidants naturels sont des femmes, très souvent des épouses. Plusieurs études ont démontré que ces dernières vivent des inquiétudes financières, qu'elles sont constamment préoccupées par la peur de perdre leur conjoint et qu'elles deviennent hantées par les rechutes, les hospitalisations à répétition. Certaines s'éveillent la nuit pour s'assurer que leur conjoint respire encore... Elles expriment des difficultés quant aux changements de rôles et au fardeau que représente la prise en charge de l'ensemble des tâches familiales.

Dans ce contexte, des symptômes d'insomnie, d'épuisement, d'insécurité sont fréquents et les attitudes de surprotection de l'aidante naturelle à l'égard du patient engendrent parfois des difficultés de communication dans le couple.

Si la maladie d'insuffisance cardiaque génère des souffrances au sein des familles, il est aussi intéressant de se questionner sur l'influence des familles chez le patient souffrant d'IC. Il est démontré qu'un soutien familial perçu aidant par le patient est en lien avec davantage de comportements de santé, une meilleure adhésion au traitement, et plus d'initiation et de persévérance dans les programmes de réadaptation. Par contre, un manque de soutien ou une dynamique familiale perçue insatisfaisante, tend à augmenter la manifestation de symptômes, le stress, l'anxiété.

Bien que le temps représente une contrainte réelle pour les intervenants, les auteurs ont identifié des interventions simples dans le but de soutenir les familles et les proches. Tout d'abord, il est démontré que de prendre quelques minutes pour écouter leur vécu et leur perception de leur expérience avec la maladie et de normaliser/reconnaître leur souffrance tend à réduire cette dernière. Également, le fait de faire ressortir les forces de la famille et sa contribution au mieux-être du patient lui donne un sentiment de compétence et augmente le sentiment de confiance en soi. Les proches de patients atteints d'IC expriment aussi que l'information reçue par l'équipe de soins est rassurante et permet de diminuer les inquiétudes et les tensions au sein du couple et favorise davantage l'autonomie de part et d'autre. Enfin, l'identification des besoins et l'offre de services appropriés (aide à domicile, répit, services spécialisés) améliore la qualité de vie des familles et du patient et entretient «l'espoir».

Nathalie Nadon, inf., M.Sc.
IPS cardiologie CHUM
nathalie.nadon@ssss.gouv.qc.ca

Sonia Heppell, inf., M.Sc.
IPSC cardiologie ICM
sonia.heppell@icm-mhi.org

1. Astedt-Kurki, P., Lehti, K., Tarkka, M. T., Paavilainen, E. (2004). Determinants of perceived health in families of patients with heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, vol 48 (2), p. 115-123.
2. Duhamel, F., Dupuis, F., Reidy, M., Nadon, N. (2007). A qualitative évaluation of a family nursing intervention. *Clinical Nurse Specialist*, vol. 21 (1), p. 43-49.
3. Duhamel, F. (1997). Intervention systémique infirmière auprès de couples dont un des membres est atteint d'insuffisance cardiaque. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 8 (4), p. 35-42.
4. Evangelista, L. S., Dracup, K., Doering, L., Westlake, C., Fonarow, G., Hamilton, G. (2002). Emotional well-being of heart failure patients and their givers. *Journal of Cardiac Failure*, vol 8 (5), p. 300-305.
5. Tapp, D. (2001). Conserving the vitality of suffering: addressing family constraints to illness conversations. *Nursing Inquiry*, 8 (4), p. 254-263.